

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

368

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques BERTRAND

Né à PARIS, le 19 Avril 1906

Etude sur la suppuration post-grippale
des kystes de l'ovaire

Président de Thèse : M. le Professeur CLERC

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques BERTRAND

Né à PARIS, le 19 Avril 1906

Etude sur la suppuration post-grippale
des kystes de l'ovaire

Président de Thèse : M. le Professeur CLERC

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique prophédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
N.....	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique obstétricale.
L'AGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL . . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR CLERC
Officier de la Légion d'Honneur.

*Notre très sincère reconnaissance
pour son appui et pour l'insigne hon-
neur qu'il nous fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A NOS MAITRES

MM. LES PROFESSEURS ACHARD, CLAUDE, GOSSET,
OMBREDANNE, COUVELAIRE

Toute notre gratitude pour leur enseignement si brillant de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique.

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

A qui nous devons l'idée de ce travail, l'assurance de notre profonde reconnaissance pour les savants conseils qu'il nous a prodigués et pour l'affabilité qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

AUX DOCTEURS TREMOLIERES ET LECŒUR

Tous nos remerciements pour leur appui.

AU DOCTEUR VIALARD

Interne des Hôpitaux.

Qui nous aida de ses précieux conseils, nos remerciements les plus sincères.

A TOUS CEUX

QUI NOUS GUIDÈRENT DANS NOS ÉTUDES.

Notre gratitude pour la formation médicale que nous leur devons.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet nous voudrions fixer quelques points particuliers destinés à éclaircir le titre de notre thèse et à en délimiter exactement l'objet.

Sous le nom de « suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire » nous entendrons les collections purulentes se développant dans un kyste ovarique dermoïde ou mucoïde sous l'influence d'une infection générale encore mal déterminée, cliniquement étiquetée grippe.

Nous voudrions surtout insister ici sur le fait que nous n'avons aucunement l'intention de nous engager dans la grande discussion de la grippe. Ce que nous appellerons grippe tout au long de notre travail sera une « infection générale non-éberthienne, non-tuberculeuse, s'accompagnant toujours de localisations pulmonaires ». Nous ne doutons pas que cette définition soit très discutable, mais nous n'en connaissons pas de meilleure puisqu'il n'existe actuellement aucun test bactériologique de la grippe; ce défaut se fait également sentir dans notre étude.

Donc, ce que nous appellerons grippe n'aura aucune preuve microscopique, mais aura les preuves cliniques qui ont permis d'isoler et qui permettent de reconnaître cette infection. C'est un premier point que nous avons voulu fixer une fois pour toutes.

Avant d'aller plus avant, nous voudrions indiquer pourquoi nous avons choisi ce sujet de thèse. Certes, les kystes de l'ovaire suppurés à la suite d'une grippe paraissent très rares puisque nous n'en avons pu trouver dans la littérature que deux observations. Mais, dans la pratique, il ne nous semble pas que cette rareté soit si certaine; en effet, nous avons pu réunir cinq observations complètes récentes, nous savons d'autre part que d'autres cas analogues dont nous n'avons pu former un dossier ont été vus ces dernières années, et nous savons également qu'un cas analogue sera bientôt relaté dans un journal médical. De plus, nous n'avons certes pas eu connaissance de tous les cas observés.

Nous espérons tout simplement rendre service en signalant une plus grande fréquence de cette affection que l'on aurait pu et que l'on pourrait croire. Nous espérons aussi rendre service en soulignant combien il est important de bien connaître la possibilité d'une telle complication pour y penser toujours en face d'une grippe prolongée chez une femme que l'on ne soupçonnait pas d'être porteuse d'un kyste de l'ovaire. C'est qu'en effet un diagnostic fait à temps permet le plus souvent de sauver la malade et qu'un

diagnostic précoce évite bien des jours de maladie et une intervention chirurgicale faite en de mauvaises conditions.

Enfin, il nous a paru intéressant de souligner l'aspect clinique de cette affection qui occupe, nous semble-t-il, une place à part parmi les suppurations des kystes ovariens.

Nous reviendrons en détail sur chacun de ces points particuliers au cours de notre travail, que nous avons divisé de la façon suivante :

- 1) Historique ;
- 2) Observations ;
- 3) Pathogénie et Anatomie pathologique ;
- 4) Symptomatologie et Evolution ;
- 5) Diagnostic et Pronostic ;
- 6) Traitement.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici notre Maître M. le Docteur Louis RAMOND, médecin de l'Hôpital Laënnec, qui nous a donné l'idée de ce travail et qui a bien voulu nous permettre d'y insérer une observation recueillie dans son service.

Nous exprimons également toute notre reconnaissance à M. le Docteur VIALARD, Interne des Hôpitaux de Paris, qui nous a permis d'insérer deux cas découverts par lui-même et de recueillir d'autres observations.

Nous ne saurions assez remercier MM. les Docteurs TRÉMOLIÈRES et LECŒUR, grâce auxquels nous possé-

dans l'observation complète d'un cas suivi et traité à l'Hôpital Boucicaut.

Enfin, que M. le Professeur CLERC trouve ici toute l'expression de notre gratitude pour l'observation qu'il nous a fournie et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

HISTORIQUE

D'après certaines interprétations, Hippocrate déjà aurait connu les kystes de l'ovaire. Il les aurait traités par des ponctions. Il est certain qu'un tel traitement, fait dans des conditions de malpropreté et de septicité que l'on s' imagine aisément, dût s'accompagner souvent de complications septiques.

Cependant, on peut dire que l'on ne connaît vraiment les kystes suppurés de l'ovaire que depuis la fin du XVIII^e siècle. En 1794, HERBINIAUX (de Bruxelles) semble être le premier à décrire un cas de suppuration d'un kyste dermoïde de l'ovaire, ouvert dans le vagin, au cours de la puerpéralité. Le premier cas de suppuration de cause septicémique a été décrit par PORTAL, en 1804. Pendant la première moitié du XIX^e siècle, les observations se multiplient : MARSHALL, en 1828, signale la possibilité de mort par hécitité de longue durée; MONTGOMERY, en 1846, publie un cas d'ouverture à la paroi abdominale.

Pendant la deuxième moitié du XIX^e siècle, nous voyons traiter ce sujet par des chirurgiens, comme

NÉLATON; c'est lui, en effet, qui donne la première description clinique complète de la suppuration du kyste de l'ovaire, en 1855. Plus tard, LHONNEUR et DESPRÈS illustrent par des observations les divers procédés thérapeutiques que l'on peut opposer à cette redoutable complication des kystes de l'ovaire. Le premier a traité sa malade par des ponctions, mais sans succès; elle a succombé. Le second a eu recours à une canule placée à demeure dans un orifice, et la malade a guéri au bout de huit mois de suppuration.

Vers cette même époque, une leçon clinique de GOSSELIN a précisé la symptomatologie de l'affection qui nous occupe. Cet auteur insiste surtout sur la difficulté de la palpation abdominale et de l'interprétation des signes que celle-ci peut fournir; la fluctuation notamment (signe sur lequel tous les anciens auteurs insistent aussitôt qu'il s'agit de suppuration) serait tout à fait inconstante.

Puis les progrès de la chirurgie se font sentir sur le traitement de cette affection : les uns, tels POZZI, KœBERLÉ, BOINET, COURTY, etc., déclarent que l'ovariotomie est le seul traitement rationnel de ces suppurations, alors que les autres, tels DEMARQUAY, GALLEZ, HORTELOUP, etc., se contentent d'une simple incision suivie de drainage, voire même de ponctions avec lavages consécutifs.

Mais il n'est pas que le traitement qui donne lieu à controverses, on discute également les sources de l'infection et les voies de pénétration dans le kyste. Les premiers auteurs qui se sont occupés de ces questions n'ont eu en vue que la propagation d'une infec-

tion de voisinage et ils ont tous été d'accord (OLSHAUSEN, THORN, POZZI, etc.) pour dire que les adhérences jouent le rôle le plus important dans cette propagation. CHOIGNON, en 1893, insiste sur l'importance du ligament appendiculo-ovarien de CLADO.

De plus, vers cette époque, l'attention est attirée sur les suppurations d'origine générale des kystes de l'ovaire. On constate que des affections généralisées de diverses natures peuvent être la cause de la suppuration kystique : fièvre typhoïde, staphylococcie, streptococcie, pneumococcie. En ce qui concerne les suppurations déterminées par l'infection puerpérale, on leur reconnaît une étiologie complexe et on fait intervenir l'influence de l'accouchement, d'un point de départ infectieux génital, etc...

En juin 1896, BOUILLY publie la première observation d'un kyste suppuré à la suite d'une grippe. SCHAUTA relate un cas de suppuration post-pneumonique qui, comme nous le verrons plus loin, rentre probablement dans la catégorie des suppurations grippales.

Depuis les observations de BOUILLY et de SCHAUTA, nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale des cas de suppuration post-grippale de kystes ovariques. Peut-être ce fait est-il dû à ce que la grippe est une infection très mal définie et pouvant ne pas être reconnue; c'était certainement très souvent le cas avant la grande épidémie de 1918 qui attira de nouveau l'attention. Il est d'ailleurs curieux de constater que la suppuration post-grippale de kystes ovariques ne se soit pas vue au cours de l'épidémie mondiale

de cette époque, alors que, parmi le grand nombre de malades frappées, il y eut certainement des porteuses de kystes de l'ovaire. Sans doute la virulence, la toxicité toute particulière, la rapidité d'évolution de la maladie en cette période en sont-elles la cause.

Voilà ce que nous savons sur l'historique des kystes de l'ovaire suppurés à la suite de l'infection grippale. L'histoire de cette complication des kystes ovariens est donc très courte, et ceci nous fait espérer que notre modeste contribution aura peut-être quelque chance d'y apporter quelques éléments nouveaux.

OBSERVATIONS

Comme nous disions plus haut, la suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire semble être très rare puisque nos recherches bibliographiques ne nous ont permis de découvrir que deux cas dans toute la littérature médicale.

Le premier cas, publié par BOULLY, en 1896, a été étiqueté septicémie par cet auteur; mais, dans l'observation, il déclare que les médecins ayant vu la malade avant lui ont fait le diagnostic de grippe.

Le deuxième cas, publié par SCHAUTA (observation que nous ne connaissons malheureusement que par le résumé donné par LEMOINE), a été classé comme suppuration post-pneumonique. En réalité, il semble s'agir d'une suppuration consécutive à une pneumococcie. De plus, cette observation ressemble par certains caractères anatomo-pathologiques à celle qui nous a été obligeamment communiquée par M. le Professeur CLERC. Pour cette raison, nous nous croyons autorisé, comme nous le montrerons plus loin, à la considérer comme pouvant être mise avec les observations de suppuration d'origine grippale.

Nous faisons suivre ces deux textes des cinq cas que nous avons pu réunir; de ces cinq observations, les quatre premières se rapprochent en tous points de celle que nous devons à BOULLY; la cinquième et dernière, au contraire, est tout à fait comparable à celle résumée par LEMOINE.

OBSERVATION N° 1

(Empruntée à BOULLY : suppuration des kystes de l'ovaire, in *La Gynécologie*, juin 1896.)

Kyste suppuré de l'ovaire gauche; accidents graves et anciens de septicémie; laparotomie : guérison.

J'étais appelé, le 10 juillet 1895, à voir, avec un de nos plus distingués médecins des hôpitaux, une dame âgée de 47 ans, présentant depuis longtemps déjà des accidents sérieux et arrivée à un état des plus graves. Vers la fin de février et dans le mois de mars, cette femme aurait eu des symptômes incontestables de grippe avec accidents de congestion pulmonaire, etc., fièvre à température élevée; en même temps et peu après il se produisit des accidents abdominaux très sérieux ayant les caractères d'accidents péritonéaux, sur la nature desquels on ne fût pas très éclairé. L'affection continua en s'aggravant; la malade alla de plus en plus mal dans les mois qui suivirent, s'affaiblissant, se plaignant de douleurs violentes dans le ventre et les membres inférieurs. Elle fut vue en consultation par plusieurs de nos Maîtres des hôpitaux, soit médecins, soit chirurgiens, qui restèrent hésitants sur le diagnostic et s'en tinrent à une thérapeutique banale. Je puis dire que je fus appelé en désespoir de cause, et sans que l'on eût grande confiance en ce que je pourrais faire ou dire.

Et de fait, au moment où je vis pour la première fois

la malade, c'est-à-dire le 10 juillet 1895, la situation paraissait désespérée. La malade était dans un état demi-comateux et subdélirant presque continu, ne prenant pour toute nourriture, et déjà depuis longtemps, que quelques cuillerées de lait, qu'elle vomissait le plus souvent; la face était jaunâtre et terreuse; le poulx, petit, battait à 116-120 pulsations-minute; la température rectale oscillait en moyenne entre 38°5 et 39°.

En outre, cette femme poussait des gémissements presque continuels, se plaignant de douleurs spontanées et provoquées extrêmement violentes dans les membres inférieurs. Ceux-ci étaient immobiles dans le lit, incapables d'aucun mouvement spontané, les pieds tombant dans l'extension, avec paralysie des muscles extenseurs du pied sur la jambe. Tout mouvement imprimé aux membres inférieurs arrachait des cris à la malade.

Les urines étaient émises spontanément en quantité presque insignifiante; les garde-robes étaient obtenues tous les 2 à 3 jours au moyen de lavements.

La situation paraissait absolument désespérée; la malade faisait l'effet d'un sujet qui n'a plus que quelques jours à vivre.

Le ventre était modérément distendu, un peu ballonné, contrastant par son volume avec l'amaigrissement du reste du corps. Par la palpation il était facile de délimiter une tuméfaction régulière occupant le côté gauche de l'abdomen, arrivant au-dessus du niveau de l'ombilic, débordant la ligne médiane à droite, d'un large travers de main, mate, entourée de sonorité en arrière, en haut et sur le côté droit, sans mobilité. A l'aide d'un examen attentif, on pouvait reconnaître que cette tuméfaction était rénitente et même fluctuante dans son diamètre transverse ou oblique. La palpation était peu douloureuse. Le ventre, qui avait été le point de départ de douleurs extrêmement aiguës vers le mois de mars, ne faisait

plus parler de lui et n'attirait plus l'attention; toute celle-ci était concentrée depuis longtemps déjà sur la gravité des symptômes généraux et sur les troubles paralytiques et douloureux qui s'étaient manifestés du côté des membres inférieurs.

Plusieurs de mes collègues avaient palpé cet abdomen et avaient pensé à un néoplasme malin, avec accident de compression sans aucune traitement possible ni utile.

Le toucher vaginal permettait de sentir l'utérus élevé, libre, et ne faisait reconnaître aucune saillie des culs-de-sac.

Après m'être fait longuement raconter l'histoire de cette malade, et après l'avoir examinée localement avec soin, je n'hésitai pas à formuler d'emblée le diagnostic de kyste suppuré de l'ovaire, avec accidents formidables de septicémie générale prolongée, et, par conséquent, à proposer une intervention comme dernière et unique chance de salut.

Je dois à la vérité de dire que ce diagnostic fut accueilli par mon confrère avec la plus parfaite incrédulité et le plus vif étonnement; j'eus beau accumuler les arguments en faveur de cette idée, je n'arrivai pas à le convaincre et je dus le mettre au pied du mur en lui proposant de faire dès le lendemain une ponction exploratrice.

Le lendemain, soit le 11 juillet, cette ponction est faite avec la seringue de Dieulafoy, sans que la malade en ait presque conscience, et ramène un pus grisâtre d'une fétidité horrible. Après avoir soustrait trois à quatre seringuées sans que le volume du kyste en soit sensiblement modifié, je laisse en l'état, et je propose, vu la gravité de l'état de la malade et les adhérences probables de ce kyste anciennement enflammé, de se contenter de le traiter, pour le moment du moins, par la

large incision et les lavages pour parer aux accidents éventuels d'infection.

Le jour suivant, après anesthésie de la ligne médiane au chlorure d'éthyle, j'incise la paroi sur la ligne médiane pour vider le kyste et le traiter comme un abcès. Mais, à mon étonnement, la paroi abdominale incisée, je tombe dans la cavité péritonéale libre, non adhérente avec le kyste qui est éloigné de quelques centimètres de la paroi abdominale et ne paraît pas avoir contracté d'adhérence avec cette paroi.

Dans ces conditions, il n'y avait plus à penser à une incision simple du kyste dont l'ouverture aurait laissé passer le pus en plein péritoine; il devenait possible et indiqué de faire une véritable opération d'ovariotomie, avec des chances médiocres de succès il est vrai, mais une véritable indication opératoire.

Je me hâte de refermer la paroi abdominale avec quelques points de suture à la soie et de faire transporter, dès le lendemain, la malade à une maison de santé. Je passe sur les difficultés pour faire partager ma conviction à l'entourage et sur la répugnance à se rendre à mes arguments.

La laparatomie est pratiquée le 15 juillet; elle me permet d'extraire sans grosses difficultés un grand kyste de l'ovaire gauche adhérent seulement à l'épiploon et à quelques anses intestinales, et contenant quatre à cinq litres d'un pus tellement fétide, renfermant des gaz, que pendant tout le reste de la journée tous mes assistants et moi-même fûmes poursuivis et incommodés par cette odeur horrible.

La paroi du kyste était grisâtre, mais non sphacélée; le pédicule ne paraissait pas avoir été tordu; le pus était gris, sale, sans cheveux ni corps étrangers. Il ne s'agissait donc ni d'un kyste tordu, ni d'un kyste dermoïde suppuré.

Suture du pédicule à la soie, drainage avec un tube de caoutchouc volumineux, et tamponnement à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires immédiates furent très simples : il n'y eut aucune complication de ce côté et la température tomba d'emblée à la normale. Mais, quelques jours plus tard, il se fit des accidents de sphacèle superficiel de la paroi; le fil du pédicule infecté fut expulsé par la plaie; il se fit dans la profondeur quelques accidents de rétention. L'amélioration de l'état général fut excessivement lente et tardive. A plusieurs reprises, à propos de petites poussées fébriles, probablement dues à la rétention de quelques gouttes de pus, la malade fut prise des accidents généraux les plus graves avec agitation, délire, véritable crise de manie d'origine infectieuse, et à plusieurs reprises elle nous fit craindre un dénouement fatal.

Dans une de ces poussées aiguës effrayantes et inquiétantes au suprême degré, mon collègue M. Michaud, pensant à une rétention purulente dans le petit bassin, fit une incision dans le cul-de-sac postérieur du vagin et établit un drainage abdomino-vaginal dans les premiers jours de septembre. Il ne s'écoula, pour ainsi dire, rien par ce drainage, mais celui-ci permit de grands lavages abdomino-vaginaux. Peu après, les accidents diminuèrent et, dans le courant de septembre, la malade entra en franche convalescence.

Quand elle put se lever, en novembre, elle était franchement infirme, ayant une paralysie des muscles extenseurs du pied des deux côtés et une atrophie énorme des muscles des régions thenar et hypothénar et des interosseux.

Depuis ce temps, elle a été soumise à un traitement régulier et prolongé par le massage et l'électrisation sous toutes ses formes, sous la direction du docteur Gautier,

et, en plusieurs mois, elle a retrouvé en partie l'usage de ses membres, au point de pouvoir marcher et se servir toute seule, et a recouvré une santé générale absolument parfaite et complète.

C'est l'exemple le plus curieux et le plus instructif du résultat merveilleux que peut fournir l'intervention chirurgicale dans un cas en apparence désespéré.

OBSERVATION N° II

(Publiée par SCHAUTA et citée très résumée par LEMOINE, sans indiquer la référence exacte ni même l'année de la publication.)

Pneumonie atypique prolongée.

Mort au milieu d'accidents septicémiques.

A l'autopsie, *kyste de l'ovaire suppuré*, avec torsion du pédicule; dans le pus, on trouve un diplocoque (pneumocoque).

OBSERVATION N° III

(Due à l'obligeance de MM. les docteurs LOUIS RAMOND et VIALARD.)

La malade, âgée de 48 ans, tapissière, entre à l'hôpital le 27 novembre 1930. Employée aux Gobelins, elle avait dû pendant un mois interrompre son travail, souffrant d'un panaris du pouce droit. A peu près guérie, elle était retournée à son Administration le mercredi 26 novembre 1930. Elle eut alors l'impression de « prendre froid » dans une pièce mal chauffée et présenta même quelques légers frissons. Dès ce moment elle accusa des signes d'irritation laryngée et se plaignit de coryza. Cependant, rentrée chez elle, elle dîna de bon appétit et se coucha.

Vers minuit, elle se réveilla, éprouvant un état de

malaise général, et présenta un frisson assez violent. Prenant sa température rectale, elle constata qu'elle avait 40° de fièvre. Dès le lendemain matin elle se rendit à l'hôpital Laënnec; étant donné sa fièvre élevée, on lui conseilla d'entrer salle Rostan, ce qu'elle fit.

On se trouve alors en présence d'une malade de forte corpulence et dont l'état général paraît bon. Elle est calme, ne se plaint d'aucune douleur : en particulier, elle n'a pas de point de côté. Cependant sa température est élevée (39°-40°) et la respiration assez accélérée. Le pouls bat 110 pulsations à la minute.

On apprend qu'elle tousse mais que cette toux fréquente ne ramène pas d'expectoration.

L'attention attirée immédiatement vers l'appareil respiratoire, on trouve à la percussion de la *submatité aux deux bases pulmonaires*, surtout à gauche.

L'auscultation montre un *foyer de râles sous-crépittants* à la base gauche, sans signes d'hépatisation : pas de souffle, pas de pectoriloquie, etc... A droite, il existe également quelques râles, mais moins nombreux et plus diffus.

L'auscultation du cœur fait entendre un souffle isolé de la base, à timbre doux, sans irradiation, que nous considérons comme anorganique.

La tension artérielle est à 18-10 à l'appareil de Vaquez, mais M. le docteur Vialard ayant eu l'occasion de mesurer la tension artérielle chez cette femme quelques jours auparavant et ayant trouvé un chiffre normal, nous croyons que cette hypertension n'est que passagère.

Les urines sont foncées, peu abondantes et ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le reste de l'examen est négatif; notons qu'après une purgation prise l'avant-veille, la malade a présenté quelques douleurs abdominales localisées à la région péri-

ombilicale; mais, actuellement, le ventre est souple et indolore à la palpation.

Dans les antécédents on retrouve une congestion pulmonaire aiguë en 1925, qui semble avoir été assez grave, et une crise de coliques hépatiques en 1922.

Diagnostic. — Il semble bien que le diagnostic soit ici facile et que l'on soit en présence d'une *pneumopathie aiguë* avec congestion de la base gauche, *d'origine grippale* (coryza, pharyngite).

Evidemment il ne s'agit pas d'une pneumonie franche (pas de foyer d'hépatisation, pas de point de côté, pas d'herpès, etc..., enfin pas d'expectoration caractéristique).

Pas davantage il ne s'agit de bronchopneumonie (état général peu touché, pas de dyspnée marquée, etc...).

On a écarté l'hypothèse d'une pleuropneumonie, d'une pleurésie; car il n'existe aucun signe liquidien.

On s'en tient par conséquent au diagnostic de congestion pulmonaire œdémateuse, vraisemblablement grippale.

On institue le traitement suivant : révulsion thoracique par enveloppements et ventouses, poudre de Dower, digitaline.

Evolution. — Les signes persistent sans grande modification pendant une huitaine de jours. La température reste entre 39° et 40°, en plateau, avec de légères oscillations.

La base gauche est toujours submate et encombrée de râles congestifs. Vers le neuvième jour apparaît une légère défervescence : la fièvre tombe au-dessous de 39°, sans cependant atteindre 38°.

Il n'y a toujours pas d'expectoration, et on cherche sans succès une suppuration pleurale ou pulmonaire qui puisse expliquer la persistance des signes généraux. On commence à tout hasard à faire de la vaccinothérapie. La malade reçoit quatre injections de vaccin anti-

bronchopulmonaire. Après cette médication, c'est-à-dire au dix-neuvième jour de la maladie, une nouvelle détente se produit. La fièvre baisse au-dessous de 38°. L'état général s'améliore et les signes pulmonaires ont à peu près disparu.

Mais cette sédation n'est que de courte durée; sans aucun signe fonctionnel nouveau la fièvre reprend et remonte progressivement jusqu'à 39°. La malade paraît plus fatiguée, s'amaigrit; le faciès s'altère progressivement et cependant l'examen reste entièrement négatif. Il semble que l'affection pulmonaire soit définitivement jugulée.

Orienté par le souvenir de trois cas analogues vus au cours de ces trois dernières années, et aussi guidé par la malade qui se plaignait depuis peu de légères douleurs abdominales dans la région hypo-gastrique, nous pratiquons un toucher vaginal pour rechercher une suppuration pelvienne latente qui pourrait expliquer cet état fébrile. Nous trouvons une grosse masse, du volume d'une tête de fœtus environ, arrondie, dure, douloureuse en certains points, notamment et surtout au pôle inférieur, et occupant une partie du petit bassin; cette masse est complètement immobile et fixée.

Dès lors, le diagnostic est fait : c'est un kyste de l'ovaire infecté, et le chirurgien confirme entièrement cette manière de voir.

Le traitement chirurgical étant refusé par la malade, on se borne à mettre de la glace sur le ventre en permanence et à faire trois injections de Propidon. Le succès de cette nouvelle thérapeutique se manifeste par la chute définitive de la température qui est atteinte en 15 jours.

L'examen montre toujours l'existence de la même masse décrite plus haut, mais devenue indolore et plus mobile.

La malade sort de l'hôpital avec la promesse de reve-

nir bientôt pour l'intervention radicale qui s'impose après une période de repos à la campagne.

Donc deux étapes distinctes dans l'évolution de la maladie :

1° Phase grippale avec signes pulmonaires;

2° Phase consécutive d'infection d'un kyste ovarien certainement préexistant, mais resté ignoré jusque-là.

Actuellement, en mai 1931, cette femme, bien qu'ayant refusé catégoriquement toute intervention chirurgicale et étant par conséquent toujours porteuse de son kyste ovarique, se porte bien. Sa température est redevenue absolument normale, elle ne ressent aucun malaise et ne se plaint de rien. Ceci ne veut pas dire que nous la considérons comme guérie; nous la croyons sous le coup d'une rechute toujours possible.

OBSERVATION N° IV

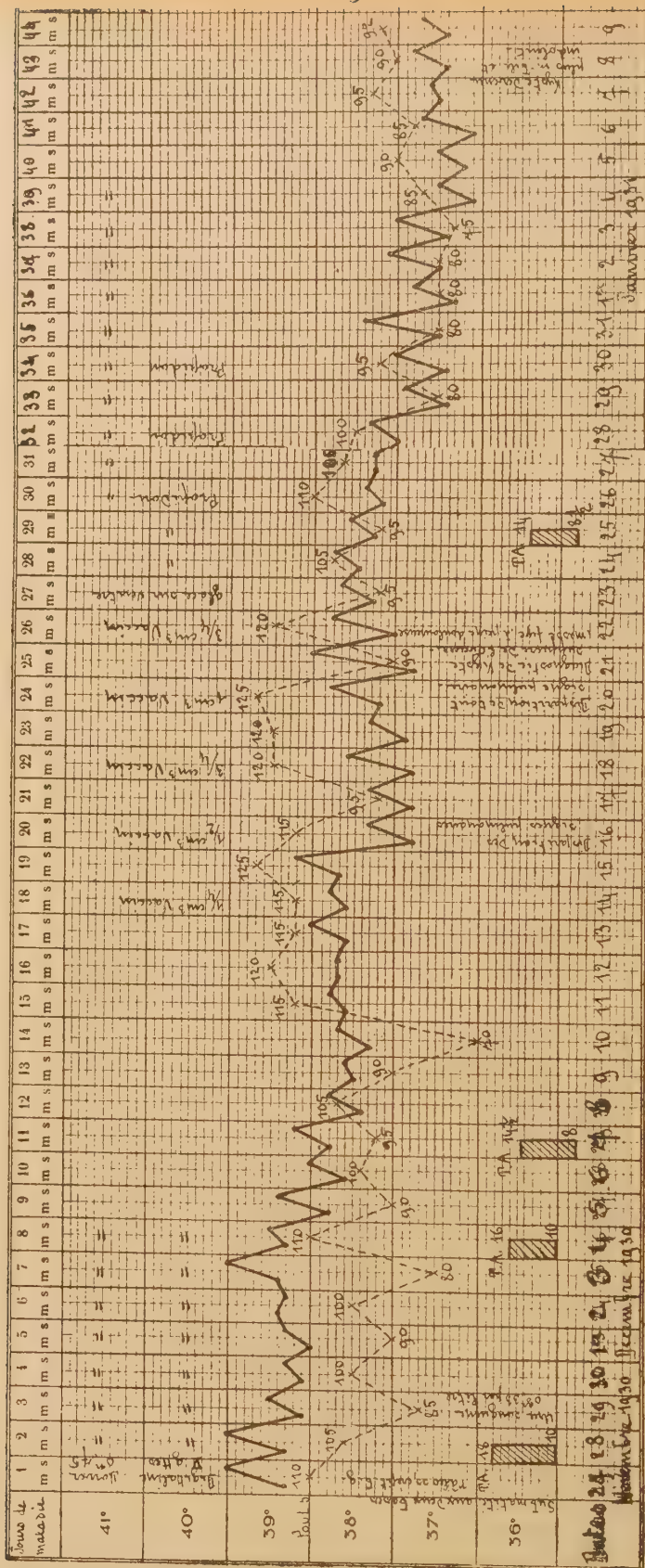
(Due à l'obligeance de M. le Docteur TRÉMOLIÈRE, médecin de l'Hôpital Boucicaut, et de M. le Docteur LECŒUR, assistant en chirurgie.)

La malade, âgée de 38 ans, serveuse, est entrée à l'hôpital Boucicaut, dans le service du Docteur Trémolière, le 28 janvier 1931; elle était envoyée par son médecin traitant.

Le 23 décembre 1930, c'est-à-dire un mois environ avant son entrée ici, elle avait dû s'aliter, car, toussant depuis quelques jours déjà, elle se sentait très mal à l'aise; sa température était à 39°5. Elle fit alors venir son médecin. Celui-ci constata *l'existence d'une submatité et de râles sous-crépitaux à la base pulmonaire gauche*. Ces signes objectifs, assez frustes, alliés à la toux, au coryza, au point de côté siégeant à la base droite, à la fatigue générale, aux courbatures, lui firent

FEUILLE DE TEMPÉRATURE

Mois de Novembre et Décembre 1930



faire le diagnostic de *grippe*. Il institua une thérapeutique symptomatique.

Cette femme ayant pu nous donner la feuille de température qu'elle avait établie chez elle, nous avons pu voir que, oscillant les trois premiers jours entre 38° et 40°, cette température était descendue à 37°4 dès le quatrième jour. Défervescence par conséquent, bien que son médecin, à ce moment, n'ait pu trouver aucune amélioration du côté des signes objectifs. Mais le sixième jour, la température remontait brusquement jusqu'à 40°4, en même temps qu'apparaissait un frisson violent et prolongé. On pensa alors à la possibilité d'une pneumonie à début atypique, d'une pleurésie, mais, hors les râles sous-crépitaux de la base gauche, non nettement localisés en foyer, et la submatité, on ne trouvait rien : ni souffle, ni expectoration caractéristique, ni signe liquidien, etc... On élimina l'idée de pleurésie ou de pleuropneumonie, et on s'en tint au diagnostic de recrudescence de grippe. Puis une nouvelle défervescence apparut, très nette : en trois jours, la température descendit à 37°, et à 36°8 le quatrième jour. En somme, le treizième jour après le début, la température était à 36°8-37°3, et la malade disait se sentir mieux. On pouvait espérer en une prochaine convalescence. Cependant, les signes pulmonaires restaient toujours inchangés. Mais, le lendemain même, la température remontait, avec de grandes oscillations de plus de un degré, et en huit jours, par une ascension presque continue, les 39° étaient dépassés. Nouvelle recrudescence par conséquent, dont on ne put trouver la cause, et on l'attribua encore à la grippe. Puis, deux jours après, nouveau frisson, identique au premier. A nouveau, une défervescence. Et un frisson encore, avec température à 40°5. A ce moment, on put déceler une matité nette à la base droite. On fit alors une ponction pleurale, qui ramena un liquide louche, en

quantité infime. C'est alors que le médecin traitant conseilla à la malade de se faire hospitaliser, et le 27 janvier 1931 au soir elle entra dans notre service.

Dès l'abord, cette femme nous paraît très fatiguée, très amaigrie; ses pommettes sont saillantes; sa langue est saburrale, râpée, épaisse, et elle s'en plaint, la disant douloureuse au palper et au manger.

C'est alors que nous apprenons son histoire qui peut se résumer ainsi : épisode pulmonaire, avec recrudescence et défervescences fébriles, avec trois frissons caractérisés.

Nous l'examinons alors et nous trouvons une matité nette à la base pulmonaire droite, avec diminution du murmure vésiculaire, et c'est tout, si ce n'est un point douloureux costal siégeant sur la ligne axillaire antérieure droite, au niveau de la septième côte.

L'exploration de l'abdomen nous le montre un peu ballonné, mais non douloureux; le foie est de volume normal; par contre, la rate est percutable.

Le cœur nous paraît normal; le pouls bat 110 pulsations à la minute et la température est à 39°2.

Les réflexes sont normaux.

Diagnostic. — Nous ne rejetons pas d'emblée le diagnostic de grippe posé, mais nous estimons devoir faire nous-mêmes une ponction pleurale, la matité nous faisant penser à une pleurésie; nous estimons également utile de faire procéder à un examen des crachats; de plus, devant l'abattement de cette malade, la présence d'une grosse rate et l'existence de cette glossite angineuse, nous jugeons utiles hémoculture et séro-diagnostic en vue de dépister une fièvre typhoïde ou paratyphoïde; enfin, nous prélevons un peu de pus lingual à fin d'examen. En voici les résultats :

L'examen du liquide pleural retiré par ponction donne : nombreuses hématies, réaction leucocytaire

faible; cependant les leucocytes sont proportionnellement en excès par rapport aux hématies. Polynucléaires : 68; lymphocytes : 32. Aucun microbe sur les lames.

L'examen de quelques crachats que la malade a pu nous donner révèle une flore microbienne assez abondante, variée, des deux groupes; on peut cependant noter une prédominance de pneumocoques.

Le sérodiagnostic donne : Eberth : 0; Para A : 0; Para B : 0. L'hémoculture est négative.

Enfin l'examen sur lame du pus prélevé au niveau de la langue révèle de très nombreux Cocci à Gram positif, en petits amas, en diplocoques, très rarement en petites chaînettes de trois à quatre éléments. La culture donne du staphylocoque doré à l'état de pureté.

Ainsi sommes-nous amenés à rejeter le diagnostic de pleurésie; l'existence d'une réaction pleurale est certaine, mais elle ne nous paraît pas primitive et nous semble incapable d'expliquer à elle seule l'état actuel.

Nous rejetons également complètement l'hypothèse d'une typhoïde ou paratyphoïde.

Nous aboutissons donc, nous basant sur les symptômes observés au début et sur la prédominance de pneumocoques dans les crachats, au diagnostic de grippe. A vrai dire, ce diagnostic ne nous satisfait pas pleinement. Force nous est de nous en contenter, au moins provisoirement, ne trouvant rien de mieux. Un toucher vaginal nous a bien révélé l'existence d'une masse à gauche, non douloureuse, que nous considérons comme une annexite banale et ancienne, ce que nous affirme d'ailleurs la malade; elle a déjà, en effet, été soignée à l'hôpital Beaujon pour cette annexite il y a quelques années, et elle se soigne régulièrement depuis. Enfin, l'indolence, l'absence de tout signe, hors la présence de

cette masse, nous fait penser que cette annexite n'est pas la cause de l'état actuel.

Quant à la glossite, nous la considérons comme une conséquence de l'état de faiblesse actuel.

Nous instituons un traitement symptomatique : toniques généraux étant donné la faiblesse observée, révulsifs locaux pour agir sur les lésions pulmonaires, bains de bouche alcalins et badigeonnages au bleu de méthylène contre la glossite.

Evolution. — En quelques jours, la glossite disparaît complètement.

Une vingtaine de jours après son entrée ici, tout signe pulmonaire est complètement disparu.

De plus, la malade paraît en meilleur état et dit se sentir moins faible.

Pourtant, aucune amélioration ne se dessine du côté de la température qui oscille entre 38° et 40°.

Un examen clinique des plus minutieux pratiqué à plusieurs reprises ne révèle toujours rien. Il n'existe plus aucun signe objectif, si ce n'est cette *masse annexielle non douloureuse*. Nous avons bien pensé à la possibilité d'une suppuration des annexes, mais l'indolence complète de cette masse nous a fait rejeter cette idée.

Mais le 28 février 1931, une nouvelle aggravation thermique apparaît, et quatre jours après, la température monte brusquement de 38°4 le matin à 40°2 le soir. Parallèlement le pouls de 110 passe à 140. Enfin la malade a les traits tirés, le faciès anxieux; elle se plaint d'une douleur abdominale localisée à la partie droite du bas-ventre, qui est contracturé. Nous pensons à une réaction péritonéale et demandons à ce qu'un chirurgien l'examine, en vue de la faire transporter et opérer d'urgence.

C'est alors que M. le Docteur Le Cœur examine cette femme. Comme nous, il trouve un abdomen très con-

fracturé dans sa partie droite, surtout en bas, où il existe un gros empatement. Au toucher vaginal il trouve une grosse masse annexielle à gauche, un peu douloureuse; les culs-de-sac postérieur et droit sont sensiblement normaux. L'utérus est complètement fixé, perdu dans la masse qu'on sent à gauche. L'état général est très médiocre. Le pouls est à 140 et la température à 40°2. L'intervention chirurgicale immédiate est décidée comme s'imposant, seul moyen de sauver la malade. Elle est opérée d'urgence à 19 heures, le 5 février.

Voici le compte rendu opératoire :

Laparatomie médiane sous-ombilicale sous anesthésie générale à l'éther. Paroi abdominale imbibée de liquide. Pas de pus dans la cavité péritonéale, mais en explorant le petit bassin on crève une poche de pus siégeant à droite: on éponge avec des compresses. On trouve une autre poche ronde, du volume d'une orange, de couleur rosée, médiane, faisant croire à l'utérus, mais elle est fluctuante et sa ponction ramène du pus que l'on absorbe à la seringue. Cette poche est extirpée avec de grandes difficultés: bien que médiane, elle semble provenir du ligament large gauche, et nous la tenons pour un pyosalpinx ou pour un kyste inclus suppuré. Nous la gardons à fin d'examen histologique. Mikulicz. Fermeture de la paroi aux fils de bronze. Huile camphrée, caféine, spartéine, adrénaline, sérum intra-veineux : 750 cm³.

L'examen histologique de la pièce prélevée révèle un *kyste ovarique simple*.

Ainsi le diagnostic est maintenant certain; cette femme, après une grippe avec complications pleurale et buccale, a infecté un kyste de l'ovaire préexistant et méconnu dont elle était porteuse. La température continue et oscillante était le fait de cette collection puru-

lente, indolente jusqu'au jour éloigné où elle a donné lieu à une réaction péritonéale de voisinage.

Les suites opératoires sont normales après une intervention de ce genre sur une femme très fatiguée. Actuellement, la malade se porte de mieux en mieux.

OBSERVATION N° 5

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIALARD,
interne des hôpitaux de Paris.)

En 1926, alors que je remplaçais un médecin, je fus appelé à soigner en ville une femme de 35 ans. Elle présentait une grippe avec arthralgie de l'épaule droite.

En effet, le diagnostic de grippe ne me parut pas douteux étant donné les symptômes observés : faciès grippé, céphalalgie, courbatures généralisées avec sensation de brisure des membres, toux, température montée rapidement jusqu'à 39°-40°. Mais surtout, l'examen clinique me permit de découvrir l'existence d'un foyer de congestion à la base pulmonaire droite (submatité, râles sous-crépitaux, mais ni hépatisation, ni souffle, ni pectoriloquie, etc...). Je ne trouvai absolument rien d'autre; en particulier au point de vue génital, pas plus qu'à tout autre point de vue d'ailleurs, la malade n'avait présenté dans sa vie d'antécédent pathologique. Quant à l'arthralgie de l'épaule droite, il me parut devoir la rattacher à ce syndrome grippal, car il me fut impossible de lui trouver une autre cause.

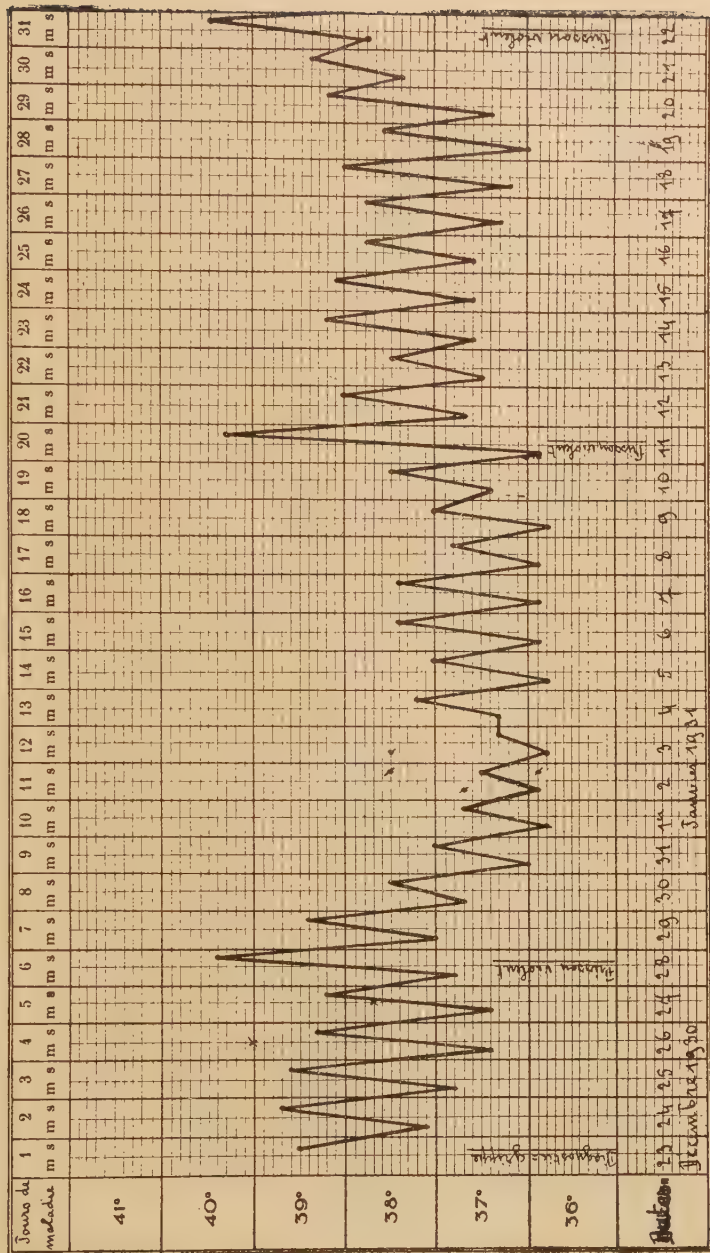
J'instituai alors le traitement ordinaire de la grippe à forme pulmonaire (révulsion thoracique, etc...); de même de l'arthralgie.

Pendant quelques jours, l'état resta stationnaire, avec température oscillant entre 39° et 40°.

Puis une amélioration se fit progressivement sentir : la température baissa petit à petit, les signes pulmonaires

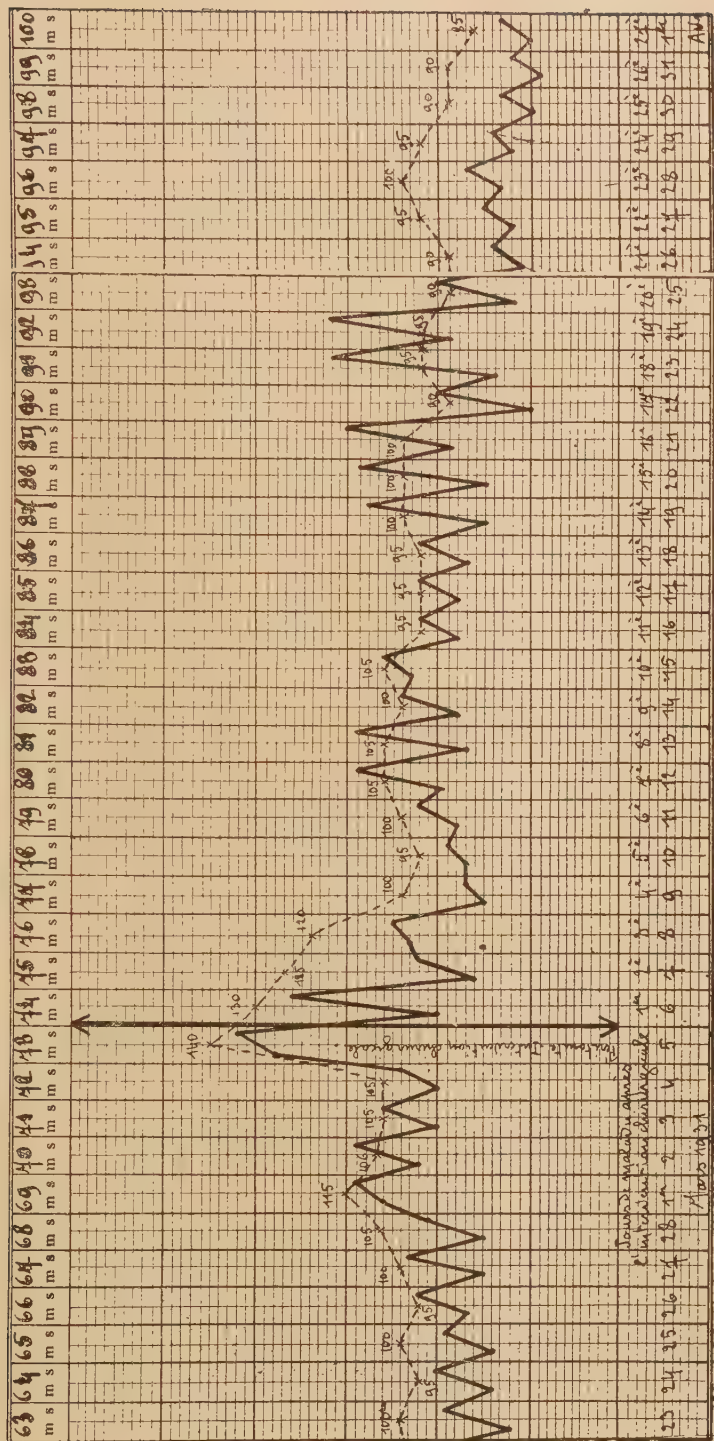
Mois de Décembre 1930 et Janvier 1931

FEUILLE DE TEMPÉRATURE



FEUILLE DE TEMPÉRATURE

Mois de Février et Mars 1931



s'atténuèrent pour disparaître ensuite complètement, l'arthralgie également.

Quinze jours environ après le début de l'affection, cette femme entra en convalescence; seule persistait une lassitude que je pensais voir disparaître avec le temps et le repos.

Mais une huitaine de jours après, je fus à nouveau appelé : une nouvelle élévation thermique apparaissait et la malade se sentait toujours aussi lasse. La température oscillait aux environs de 38°; il n'existait aucun symptôme subjectif net; enfin l'examen pulmonaire ne me permit pas de trouver quoi que ce soit d'anormal; de même pour l'examen de l'abdomen; mais je dois dire que, pas plus que la première fois, je ne pratiquai de toucher vaginal, cette femme n'attirant nullement mon attention de ce côté. Je ne trouvais pas à quoi rattacher cette élévation de température.

Cet état se prolongea pendant trois semaines environ, sans changement notable; mais les derniers jours, la malade me dit ressentir quelques très vagues douleurs abdominales, qu'elle ne pouvait préciser plus nettement et auxquelles elle ne semblait pas donner grande importance; peut-être ne m'en aurait-elle pas parlé si je n'avais insisté pour qu'elle ne manque pas de me signaler le moindre malaise, le moindre symptôme subjectif nouveau. Je pratiquai un nouvel examen de l'abdomen, mais ne trouvai rien de net. C'est alors que je pratiquai un toucher vaginal qui me permit de reconnaître l'existence d'un kyste de l'ovaire droit, du volume du poing.

Je portai le diagnostic de suppuration d'un kyste ovarique à la suite d'une grippe et conseillai l'intervention chirurgicale.

Dans les jours suivants, le Docteur Jacquelin extirpa ce kyste, qui fut trouvé rempli de pus. Les suites furent excellentes; après un temps de repos à la campagne, cette femme fut complètement remise.

OBSERVATION N° 6

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIALARD,
interne des hôpitaux de Paris.)

Je fus appelé ces dernières années dans le service de chirurgie de l'hôpital Lariboisière pour examiner une femme entrée pour un kyste de l'ovaire que l'on devait extraire.

Mais, sitôt son entrée, cette femme présenta une ascension thermique à 39°-39°5; l'examen clinique révéla un foyer de congestion à l'une des bases pulmonaires. On porta le diagnostic de grippe et la thérapeutique adéquate fut instituée. On recula donc la date de l'intervention chirurgicale projetée.

Puis, au bout de quelques jours, une régression nette de la température et de tous les symptômes objectifs et subjectifs se dessina; le thermomètre n'accusait plus que 37°5, mais ne descendait pas au-dessous.

Au contraire, progressivement, la température monta à nouveau, sans que l'état pulmonaire permette d'expliquer cette ascension, pour osciller aux environs de 38°-38°5. Cet état fébrile persista plusieurs jours, et on ne savait pas à quoi l'attribuer avec certitude; on avait bien pensé à la possibilité de l'infection du kyste préexistant, mais on ne savait trop s'il fallait s'arrêter à cette hypothèse et surtout s'il fallait extirper le kyste ou attendre encore.

C'est alors qu'on me demanda mon avis et que j'examinai cette malade. Guidé par le cas que j'avais pu observer en 1926, je n'hésitai pas, ne trouvant aucune autre cause, à imputer l'état fébrile à l'infection post-grippale du kyste et à conseiller fortement l'intervention immédiate. Ainsi fut fait.

Le kyste fut extirpé et trouvé rempli de pus.

La malade se remit rapidement.

OBSERVATION N° VII

(Prêtée obligeamment par M. le Professeur CLERC.)

La malade, âgée de 47 ans, entre à l'hôpital le 4 janvier 1930; elle se plaint de tousser et de ressentir des douleurs au côté droit du thorax.

Elle déclare que cette toux dure depuis le mois de décembre 1929, toux surtout matinale, dit-elle, mais survenant également pendant la nuit, sous forme de quintes; elle ne se trouvait alors soulagée qu'après s'être levée et avoir fait quelques pas dans sa chambre.

Enfin, le 1^{er} janvier 1930, pendant son travail (elle est serveuse dans un restaurant), elle a la sensation de « prendre froid », suivant sa propre expression. Le soir, fatiguée plus que d'habitude et plus que les jours précédents et ressentant en outre des douleurs au côté gauche du thorax, elle rentre rapidement chez elle et se couche sans cependant avoir pensé à prendre sa température. Le lendemain matin, après une mauvaise nuit, se sentant lasse, inquiétée par cette toux et par ces douleurs thoraciques, elle se décide à aller consulter à l'hôpital Lariboisière. Là, après examen, on lui conseille de se faire hospitaliser à la salle Rabelais, ce qu'elle fait sitôt qu'elle le peut, c'est-à-dire le 4 janvier.

Examen. — On se trouve actuellement en présence d'une malade qui frappe par son faciès anxieux, par ses pommettes saillantes et cyanosées contrastant avec la pâleur du reste de la face. Une toux presque continuelle, mais sans expectoration, survenant sous forme de quintes coupées de rares repos, épuise cette femme. La respiration est plus rapide qu'elle ne devrait l'être normalement, et saccadée.

L'examen des poumons aussitôt pratiqué révèle une matité du sommet droit avec augmentation des vibrations vocales, et fait entendre un souffle tubaire siégeant au

même sommet; ce souffle est entendu et en avant et en arrière. On ne remarque rien de plus au poumon droit. Par contre, on trouve quelques râles sous-crépitaunts nets disséminés dans le champ pulmonaire gauche, plus nombreux, plus touffus à la partie moyenne.

L'auscultation du cœur fait entendre un bruit de galop. Le poulx, petit et rapide, bat 118 pulsations à la minute. La température est à 39°8.

Dans les antécédents, on relève un « mal au cœur » (tels sont ses propres termes) depuis l'enfance. Ses père et mère sont morts tuberculeux, dit-elle.

Diagnostic. — En présence de tels signes, à la fois localisés au *sommet gauche* (*matité, souffle, etc...*) et disséminés dans le *poumon droit* (*râles sous-crépitaunts*), en présence de l'aspect de la malade, nous portons le diagnostic de *pneumonie à forme grippale*. En effet :

Il ne s'agit évidemment pas d'une pneumonie franche (pas de début brusque, pas de frisson solennel, pas d'expectoration caractéristique, pas d'herpès, etc...).

Pas davantage il ne paraît s'agir d'une broncho-pneumonie (localisation relative des signes pulmonaires, fixité de ces signes, etc...).

Enfin, on écarte le diagnostic de pleuro-pneumonie ou de pleurésie, car il n'est aucun signe liquidien.

On institue le traitement suivant : révulsion thoracique par ventouses : potion de Tood, poudre de Dower 0 gr. 50; solution de digitaline per os X gouttes.

Evolution. — La température oscille aux environs de 40° pendant cinq jours, puis tombe à 38° en deux jours. Cependant les signes pulmonaires restent pour ainsi dire inchangés : le souffle au sommet droit existe encore; on ne peut trouver aucun indice net de ramollissement; enfin il n'y a toujours pas d'expectoration. Mais les râles sous-crépitaunts disséminés dans le champ pulmonaire gauche paraissent moins nombreux.

D'ailleurs, l'amélioration que la courbe de température pourrait faire supposer proche n'apparaît pas : l'état général semble toujours aussi atteint, et la défaillance certaine; aussi a-t-on recours à l'huile camphrée. Et, en effet, immédiatement, la température remonte pour atteindre 40° en trois jours; parallèlement, l'état devient plus mauvais encore. Cet état empirant nous fait à nouveau rechercher d'autres atteintes que l'atteinte pulmonaire qui nous paraît incapable de causer à elle seule l'état de choses actuel; on découvre alors par la palpation abdominale une masse médiane, dure, à peine douloureuse. Le *toucher vaginal* révèle une *masse un peu douloureuse*, non mobile, dans le cul-de-sac gauche, débordant dans le Douglas. Nous faisons alors le diagnostic de *kyste suppuré de l'ovaire*.

La courbe de température devient nettement oscillante avec une différence de un degré en moyenne de matin à soir.

Une céphalée violente et continue apparaît et s'accompagne de raideur de la nuque.

Le sérum anti-pneumococcique n'amène aucune amélioration. Malgré ce traitement, céphalée et raideur de la nuque s'accroissent. Bientôt apparaissent signe de Kernig et raie méningitique nets.

La ponction lombaire permet de recueillir un liquide céphalo-rachidien louche, et l'examen direct permet d'y découvrir la présence de pneumocoques.

L'hémoculture révèle la présence de pneumocoques dans le sang, et la numération globulaire donne :

Hémoglobine	50 %
Polynucléaires	89 %
Grands mono	1 %
Moyens mono	5 %
Lymphocytes	4 %
Eosinophiles	1 %

Le diagnostic est bien définitif : pneumonie à forme grippale, compliquée de septicémie avec localisations kystique et méningée.

Le 25 janvier 1930, 22 jours après son entrée à l'hôpital, c'est l'exitus.

L'autopsie est pratiquée; en voici les résultats :

Examen du pus du kyste : pneumocoques et nombreux polynucléaires.

Poumons : droit : Dans le lobe supérieur, existence d'une zone hépatisée mais en voie de guérison; un fragment prélevé tombe au fond de la cuvette. Poids : 680 gr. Gauche : normal. Poids : 600 gr. Quelques tubercules au sommet.

Cœur : Normal : 450 gr.

Foie : Gros et congestionné, aspect de foie cardiaque : 1.840 gr.

Reins : Normaux : 680 gr. et 600 gr.

Organes génitaux : Dans le petit bassin on trouve deux kystes : un kyste droit volumineux, du volume d'une tête d'enfant, non adhérent, à surface lisse, à parois peu épaisses, rempli d'un pus verdâtre avec de fausses membranes; un kyste gauche, petit, du volume d'une mandarine.

Pas de péritonite.

Crâne : Méninges recouvertes de pus crémeux, verdâtre.

Ventricules distendus, mais pas de présence de pus.

Rien à l'encéphale.

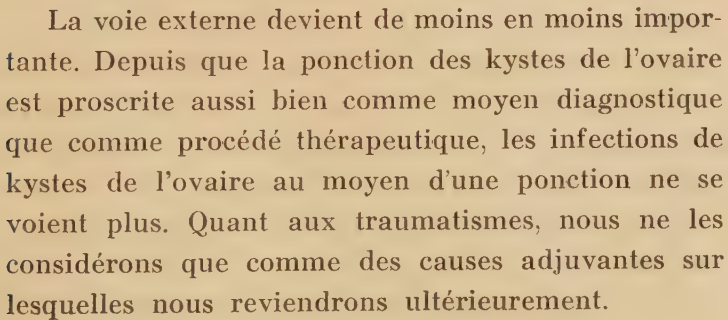
PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons vu qu'à la fin du siècle dernier on a beaucoup discuté sur la pathogénie et sur l'étiologie des kystes de l'ovaire suppurés. Nous laissons, bien entendu, de côté la question de l'Étiologie, puisque nous nous sommes limités à une seule forme de supuration de cause toujours grippale.

En ce qui concerne la Pathogénie, trois points sont à envisager en particulier : la voie suivie par l'infection, la nature des microbes en cause, et enfin les causes favorisantes du côté du kyste.

Ensuite nous envisagerons rapidement les principaux points de l'Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire suppurés.

Dans le cas qui nous occupe, la voie suivie par l'infection ne peut guère être discutée. LEMOINE, en 1903, en reprenant les idées d'HEINRICIUS publiées en 1897, distingue tout d'abord la voie externe et la voie interne.



Parmi les voies internes HEINRICIUS distingue : la voie lymphatique, la voie sanguine, la voie péritonéale et la voie tubaire.

La voie péritonéale et la voie tubaire peuvent être éliminées d'emblée dans les cas de suppuration grip-pale. Cette dernière, néanmoins, doit être retenue provisoirement tant que nous n'aurons pas résolu la question de la nature de l'infection. Nous reviendrons sur ce point dans quelques instants.

La voie lymphatique doit être retenue pour la même raison. Il est évident que l'infection emprunte le trajet des trompes, d'adhérences péritonéales ou des vaisseaux lymphatiques dans les cas où sa source primitive se trouve au voisinage du kyste : appendicite, infection puerpérale, intestin, etc. Mais si, avec SERGUÉEFF, on se pose la question de la nature de l'infection, on doit néanmoins faire quelques réserves sur la possibilité d'un apport microbien par ces voies mêmes dans le cas de grippe.

Quant à la *voie sanguine*, nous verrons dans un instant l'importance que nous croyons devoir lui attacher. Mais disons de suite que, dans les cas où nous avons pu connaître avec certitude la voie suivie par l'infection (observations II et VII), celle-ci fut la voie sanguine et probablement artérielle. Dans les observations IV, V et VI, quoique nous ne puissions l'affirmer avec autant de certitude que pour les deux autres cas, il nous semble que la voie sanguine fut encore la voie suivie par les germes.

En ce qui concerne la *nature des microbes* mis en

cause, nous voyons que MANGOLD, en 1895, admet deux sortes d'infection dans la suppuration des kystes de l'ovaire : l'infection septique par des germes d'emblée virulents (bacille d'Eberth, bacille de Koch, anaérobies, etc.), et l'infection saprophytique par exaltation momentanée de la virulence des saprophytes (staphylocoques, colibacilles, etc.).

Or, SERGUÉEFF se demande si, dans les cas de suppurations de cause générale, comme la grippe, l'infection est de nature septique ou bien se produit par affaiblissement des défenses de l'organisme, affaiblissement qui permet l'exaltation de virulence.

Dans deux des sept observations nous pouvons conclure avec certitude à la nature septique de l'infection : les observations II et VII montrent la présence de pneumocoques dans le pus du kyste ; or le pneumocoque n'est pas un saprophyte habituel des voies génitales ni de l'intestin ; en outre, dans l'observation VII, le germe a été retrouvé dans le sang et dans le pus d'une méningite. Il ne fait pas de doute que l'infection dans ces deux cas s'est propagée jusqu'au kyste par voie sanguine.

Dans deux des sept observations (observ. n^{os} III et V), nous croyons pouvoir affirmer de même, et nous affirmons la nature septique de l'infection. Si là, nous n'avons ni l'hémoculture, ni l'analyse du pus kystique, ni la septicémie pour baser notre affirmation, nous avons cependant l'existence certaine de la grippe immédiatement antérieure à la suppuration, et l'absence de toute cause locale de voisinage pré-

existante, ni au moment même ni dans les antécédents.

Dans le cas de l'observation VI, le kyste était connu avant la grippe, mais n'était pas suppuré, car jamais la malade n'avait eu d'épisode fébrile et elle n'avait, elle non plus, aucune cause locale de suppuration.

Il n'est que dans l'observation IV qu'un doute pourrait planer; en effet, il y avait là annexite préalable. La suppuration fut-elle de nature septique? Nous pourrions l'affirmer si nous avions trouvé du pneumocoque dans le pus, mais cette recherche ne fut pas effectuée. Fut-elle due à l'affaiblissement des défenses de l'organisme, affaiblissement qui aurait permis la propagation par voie directe ou lymphatique de l'annexite au kyste? Nous n'en savons rien. Pourtant, constatons que, cliniquement parlant, la grippe fut la cause, primitive ou non, de cette suppuration. De plus, il est légitime de penser que *chaque frisson constaté, avec élévation brusque de température*, correspondait à une décharge de microbes dans le sang, à une *phase septicémique passagère*.

Quant à l'observation I, le germe en cause, d'après les caractères microscopiques du pus, ne fut pas le pneumocoque, mais plutôt un anaérobie, au moins facultativement, très vraisemblablement du streptocoque ou du colibacille. En l'absence de tous renseignements précis sur les antécédents de cette malade, nous nous abstenons de conclure avec certitude, mais nous ne pouvons pas, croyons-nous, éliminer la voie sanguine de ce cas.

Disons-nous pour conclure que toutes les suppurations post-grippales des kystes de l'ovaire se font par la voie sanguine et grâce aux microbes mêmes qui ont déterminé les autres accidents d'ordre grip-pal ? Ceci nous semble très probable ; ceci nous semble vrai pour la grande majorité des cas, mais ceci ne nous paraît pas vrai pour tous les cas sans exception. Aussi dirons-nous presque toujours, et non toujours. La voie sanguine étant admise, si nous voulons préciser plus, nous devons dire voie artérielle, comme dans toute localisation à distance où la voie sanguine est en cause.

Il se pose également une autre question, mais celle-là, nous n'y insisterons pas, car nous ne voulons pas toucher au problème étiologique de la grippe ; les accidents grippaux ne sont-ils pas dus à l'exaltation de virulence d'un pneumocoque saprophyte des voies respiratoires ? Dans deux observations, le pneumocoque a été reconnu dans le pus du kyste (observations II et VII). Dans une observation, le pneumocoque a été trouvé prédominant dans les crachats (observation IV) ; il est vrai que dans ce cas il n'y eut pas d'examen du pus kystique. Dans une observation (n° I), le pneumocoque n'était certainement pas en cause. Dans les autres cas, faute d'analyses, nous ne savons pas. Faute de documents assez précis et assez nombreux, il nous semble impossible de nous prononcer actuellement sur la véritable nature des germes qui déterminent la suppuration post-grippale

dans tous les cas. Vraisemblablement s'agit-il le plus souvent de pneumocoque.

Y a-t-il du côté du kyste des *causes adjuvantes* ? D'après ce que nous savons des autres suppurations de ces tumeurs ovariennes, l'existence de ces causes est probable. Tout d'abord, la nature du kyste influe vraisemblablement sur la plus ou moins grande facilité de l'infection. Ainsi M. DELBET, en 1891, remarque que les kystes à contenu épais suppuraient plus facilement que ceux dont le contenu était plus fluide. En particulier, les kystes dermoïdes suppurent plus facilement que les kystes mucoïdes. Sur 55 cas de purulence, dans 39, il s'agissait de kystes dermoïdes, dans 16 de kystes mucoïdes. Parmi les observations de suppuration grippale, nous ne trouvons qu'un seul cas certain de kyste dermoïde (observation n° II). Nous trouvons deux cas de kystes mucoïdes (observations n°s III et VI). Dans les autres cas la nature de la tumeur n'est pas notée. BOUILLY, auquel nous empruntons l'observation n° I, s'est contenté de noter l'absence de cheveux, ce qui n'est pas une preuve absolue. En somme, nos observations ne nous permettent pas de nous prononcer sur ce point.

Dans l'observation n° II, nous trouvons encore une autre indication, c'est l'existence d'une torsion du pédicule. Tous les auteurs sont d'accord pour signaler l'importance de cet agent comme cause favorisante de l'infection. Dans le cas relaté par BOUILLY, celui-ci a recherché la torsion mais ne l'a pas trouvée. Quant à nos propres observations, la torsion n'a pu être

décelée ou sa recherche a été négligée. Parmi les autres causes adjuvantes : hémorragie intrakystique, traumatisme, menstruation, grossesse, etc., aucune n'a été signalée dans les observations de suppuration grippale.

Dans deux observations nous avons quelques données sur l'*anatomie pathologique* de la suppuration grippale des kystes de l'ovaire. Ces données ne se distinguent pas essentiellement de celles que l'on trouve dans les autres kystes suppurés.

La paroi du kyste est toujours recouverte de fausses membranes, mais sans épaissement. Au contraire, la paroi peut être très mince, sans cependant se rompre.

Le pédicule n'a été trouvé tordu qu'une seule fois (observation n° II).

Le contenu du kyste est du pus à caractère de pus pneumococcique dans les observations n°s II et VII, un pus horriblement fétide chez la malade de BOULLY où l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué. Dans les autres cas, cet examen ne fut pas pratiqué.

La réaction périkystique est variable : dans l'observation n° VII elle fait totalement défaut ; le kyste est mobile, non adhérent, mais, dans ce cas, la rapidité avec laquelle la malade fut emportée explique toute absence d'une telle réaction. Dans l'observation n° I, il y a des adhérences à l'épiploon et à l'intestin. Dans le cas n° IV, il existait certainement des adhérences, car le compte rendu opératoire note les difficultés d'extirpation, mais il ne précise pas plus. Il est

important de noter que dans aucun cas on n'a trouvé de pus dans la cavité péritonéale. Dans l'observation n° IV seule on a trouvé une réaction péritonéale, mais nettement localisée, et il faut noter que, dans ce cas, la maladie durait depuis au moins deux mois et demi. Ceci est important pour le diagnostic et pour le pronostic en dehors de toute intervention.

Nous n'insisterons pas sur les lésions pulmonaires, méningées, etc., que l'on peut encore trouver en même temps que le kyste suppuré. Il importe seulement de savoir que, par définition, nous ne faisons entrer dans le cadre des suppurations post-grippales que les cas où il y a eu à un moment donné de l'évolution des accidents pulmonaires non-tuberculeux (submatité, râles sous-crépitaux plus ou moins disséminés, brusquerie du début et évolution rapide, etc.).

Voilà ce qui nous a semblé important de noter au sujet de la pathogénie et de l'anatomie pathologique des suppurations grippales des kystes de l'ovaire. Ce sont, pour la plupart, des suppurations consécutives à une *infection venue par voie sanguine* et se faisant par les mêmes microbes que ceux qui paraissent être responsables des accidents d'ordre grippal. Ce microbe est le plus souvent le *pneumocoque*.

Parmi les causes adjuvantes, il ne nous a semblé possible de mettre en cause que la nature dermoïde de certains kystes et, dans un cas, la torsion du pédicule.

Le fait anatomo-pathologique le plus important

est, dans la majorité des cas, *l'absence de réaction péritonéale caractérisée.*

Il est entendu que toutes ces données, étayées sur quelques observations, ne peuvent avoir qu'une valeur toute relative, mais nous n'avons pas la prétention d'établir des bases absolument irréfutables. Il nous a seulement semblé utile de les signaler.

SYMPTOMATOLOGIE ET EVOLUTION

Il serait hardi de tracer un tableau clinique uniforme de la suppuration grippale des kystes de l'ovaire d'après sept observations dont l'aspect clinique n'est décrit que dans six d'entre elles. Aussi, dans ce chapitre, n'insisterons-nous surtout que sur certains points communs se retrouvant dans tous les cas et que sur certaines divergences d'avec les autres kystes suppurés de l'ovaire.

Le premier point commun semblant constant d'après ce que nous avons vu jusqu'ici est l'évolution de ces suppurations en deux temps :

— un premier temps avec des manifestations purement grippales ;

— un second temps où les signes généraux de suppuration se montrent au premier plan du tableau clinique.

Nous ne pouvons insister ici sur cette première phase qui est une grippe banale avec phénomènes

pulmonaires. Ces phénomènes pulmonaires ne sont ni du type pneumonique ni du type pleurétiques classiques. Il s'agit de ces congestions pulmonaires grippales avec signes locaux frustes mais avec signes généraux très marqués, que l'on désigne communément sous le nom de **pneumonie grippale.**

La seconde phase, suppurative, se caractérise au point de vue subjectif uniquement par des signes généraux de suppuration profonde ; c'est que les kystes de l'ovaire infectés dans ces conditions-là semblent se distinguer *par leur indolence et par l'absence de tout signe d'irritation pelvienne* (dysurie, obstruction intestinale, rétention d'urine, etc.). Comme conclusion pratique, nous voyons qu'en présence, chez une femme, d'une grippe prolongée sans que les manifestations pulmonaires puissent justifier cette évolution traînante, il y a lieu de rechercher une suppuration profonde, notamment une suppuration pelvienne. Parmi ces dernières, le kyste de l'ovaire réclame sa place.

Il ne faut donc pas compter sur les signes fonctionnels. Il n'y a que peu ou pas de douleurs abdominales ; il n'existe de signe péritonéal qu'à une phase très avancée. Dans la majorité des cas aucun signe péritonéal ne se fait jour, ce qui s'explique facilement par l'absence de toute réaction du côté du péritoine. Au début les troubles de la menstruation ne sont pas signalés dans les observations. Enfin, il n'y a généralement pas de symptômes dus à une compression pelvienne.

Toute l'attention est attirée par l'atteinte profonde de l'état général, et par la persistance de la température, mais par rien d'autre. Cette atteinte peut être due à deux causes :

— à l'intensité de la septicémie où le kyste de l'ovaire suppuré ne joue que le rôle d'un épiphénomène (cas des observations n^{os} II et VII) ;

— ou à la présence dans l'organisme d'un foyer de suppuration important constitué par le kyste infecté (cas des observations n^{os} I, III, IV, V, VI).

Les deux cas sont possibles, et parmi les observations nous possédons des exemples typiques de chaque catégorie de cas.

Les observations n^{os} I et IV montrent que la grande déchéance de l'état général a pu être uniquement due à la présence de la suppuration kystique puisque la malade a littéralement ressuscité après l'intervention chirurgicale faite pourtant dans de très mauvaises conditions. Dans les observations n^{os} V et VI également l'ablation du kyste a amené à elle seule la guérison.

Nous voyons par contre, dans l'observation n^o VII, que l'état général a pu présenter des troubles profonds dus à l'atteinte méningée plus qu'à l'atteinte ovarienne, nous semble-t-il; en tout cas, c'est bien l'infection méningée qui a emporté la malade, non le kyste suppuré, et nous pouvons dire sans grand risque de nous tromper, que l'intervention chirurgicale n'aurait eu aucune chance de succès. De même dans l'observation n^o II.

Voilà donc deux types de suppuration du kyste de l'ovaire que nous croyons important d'opposer l'un à l'autre :

— le kyste de l'ovaire suppuré cause unique du syndrome général ;

— le kyste de l'ovaire suppuré, localisation parmi d'autres de l'agent microbien.

Comment distinguer cliniquement ces deux formes ? Nous n'avons pas un nombre suffisant d'observations pour établir nettement les caractères distinctifs de ces deux types. Il nous semble néanmoins que l'aspect du syndrome clinique est assez différent dans les deux cas : température oscillante et cachexie suppurative à évolution lente dans le premier, température en plateau ou irrégulière et signes généraux toxiques à évolution rapide dans le second.

Il est bien entendu que cette distinction reste schématique puisque le kyste suppuré peut être à son tour la source d'une septicémie grave.

FORGUE et MASSABUAU séparent dans la suppuration des kystes de l'ovaire deux types principaux : la forme aiguë péritonéale et la forme chronique cachectisante. Nous avons montré que la réaction péritonéale n'existe dans la suppuration post-grippale qu'à une période très avancée : il n'y a donc pas à proprement parler de forme péritonéale. Il nous semble en outre que cette suppuration ne réalise pas non plus la forme chronique vraie pouvant durer de nombreux mois avant d'aboutir à l'ouverture. La

suppuration grippale réalise cliniquement, croyons-nous, un type intermédiaire subaigü.

Nous terminerons ce chapitre en concluant :

— que la symptomatologie et l'évolution de la suppuration grippale des kystes de l'ovaire se caractérisent par une tendance biphasée nette : une première phase grippale et une deuxième phase suppurative ;

— que la suppuration se décèle uniquement par deux signes généraux constants : la cachexie et la température, les signes locaux (existence d'une tumeur para-utérine à peine ou non douloureuse) demandant à être recherchés par un examen soigneux ; palpation abdominale et surtout toucher vaginal ;

— qu'enfin il est essentiel de distinguer deux types : la suppuration cause de la maladie et la suppuration épiphénomène au cours d'une septicémie grave, cette distinction nous semblant fondamentale au double point de vue de la thérapeutique et du pronostic.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Si le kyste de l'ovaire suppuré après une grippe constitue souvent un diagnostic difficile, c'est avant tout parce que l'on n'y pense pas à cause de sa relative rareté; mais c'est aussi le plus souvent parce que l'on ne sait pas la malade porteuse d'un kyste de l'ovaire; rechercher ce kyste, alors que rien ne vous met sur sa piste, ne vient pas à l'esprit.

Pour ne jamais risquer de passer à côté de ce diagnostic un premier point est, chez toute femme présentant un syndrome infectieux post-grippal dont la cause reste inconnue, de pratiquer un toucher vaginal. Or, ce moyen d'investigation ne nous semble pas avoir dans la pratique médicale la place qu'il mérite. Il est juste de dire qu'assez souvent la malade serait quelque peu surprise que l'on procède à cet examen pour ce qu'elle croit être une simple rechute de grippe; aussi nous semble-t-il bon, utile et nécessaire pour le médecin de prévenir la patiente, de lui expliquer le pourquoi de cette investigation, de lui en montrer la nécessité et finalement de lui en demander en quelque sorte l'autorisation.

Un second point est, l'existence d'un kyste étant reconnue par le toucher vaginal, de ne pas se laisser impressionner par l'indolence totale ou presque de ce kyste, par l'absence de signes locaux autres que celui de la présence même de la tumeur, par l'absence de signes subjectifs.

Ainsi, il faut envisager dans le diagnostic de la suppuration post-grippale des kystes ovariens trois étapes : d'abord la recherche de la cause d'une persistance de la maladie alors que les phénomènes pulmonaires ont cessé ; puis la reconnaissance du kyste ; enfin la découverte de la suppuration.

Il n'est pas toujours aisé de s'assurer qu'il n'y a pas de complication pulmonaire au décours d'une grippe ; on sait la latence de certaines pleurésies, de certains abcès du poumon que l'examen clinique seul est incapable de découvrir. Nous n'insistons pas sur les procédés de diagnostic de ces complications. C'est ainsi que, dans bien des cas où il est difficile de faire procéder à des examens spéciaux, à la campagne par exemple, le diagnostic pourra être hésitant si l'on n'a pas présent à l'esprit la possibilité de la suppuration d'un kyste ignoré. D'une façon analogue on recherchera une otite méconnue, otite venant assez fréquemment compliquer la grippe, ou encore on pensera à un phlegmon périnéphrétique, plus rare, mais l'idée de kyste et de sa suppuration ne se fera pas jour.

Alors, sitôt les complications pulmonaires éliminées, il faut, comme le dit notre Maître le Docteur

Louis RAMOND, tout de suite penser à une suppuration pelvienne et la rechercher par la palpation abdominale et par le toucher vaginal. Les signes locaux d'existence d'un kyste sont assez caractéristiques pour que le diagnostic de kyste soit fait immédiatement dans la très grande majorité des cas. Cependant, il est des cas, comme celui de l'observation n° IV, avec coexistence d'un kyste et d'une vieille salpingite, où le diagnostic devient singulièrement difficile. Parmi les autres suppurations pelviennes, on éliminera les abcès appendiculaires, les suppurations à point de départ intestinal, surtout rectal (nous savons dans l'observation n° I qu'il avait été fait tout d'abord le diagnostic de cancer suppuré du rectum). Nous ne voulons pas multiplier les diagnostics différentiels.

Voici donc le kyste reconnu. Comment se rendre compte que c'est bien lui le responsable de l'état fébrile ? Ceci nous a paru presque impossible, au début de sa suppuration tout au moins, si on ne fait que se baser sur les signes locaux. En effet, de quoi la femme se plaint-elle localement ? De rien, ou presque ; tout au plus de quelques très vagues douleurs abdominales, qu'elle ne localise que très mal (observ. III, IV, V, VI, VII).

Et peut-on provoquer de la douleur au toucher vaginal ? Oui, en général, mais on ne trouve que des points à peine douloureux. En réalité, ce qui fait faire le diagnostic de suppuration, c'est la température oscillante, à type suppurative.

Nous concluerons donc en disant que, chez la

femme, dans tout état fébrile post-grippal dont on ne trouve pas la cause, il faut pratiquer un toucher vaginal; que, reconnaissant l'existence d'un kyste ovarique et voyant la courbe oscillante de la température, il faut porter le diagnostic de kyste suppuré; ceci à condition, évidemment, d'avoir éliminé avec soin toute cause pulmonaire ou autre. Les deux filières du diagnostic sont donc :

température et toucher vaginal.

Schématiquement nous pouvons dire :

persistance de température, après une grippe, paraissant sans cause : penser au kyste suppuré ;

persistance de température plus existence d'un kyste : kyste suppuré.

Quant au pronostic, il est avant tout fonction du traitement, et nous envisagerons le pronostic opératoire au chapitre suivant. Mais la clinique permet dans une certaine mesure de prévoir l'évolution de la maladie, car le pronostic est basé, d'après ce que nous avons dit précédemment, sur la distinction de suppuration-cause de la maladie et de suppuration-épiphénomène au cours de la septicémie grave. Dans le premier cas, il est évident que le pronostic dépendra du traitement de cette suppuration, traitement qui peut être médical pour commencer, mais qui doit toujours être chirurgical par la suite et qui permettra de sauver la malade. Dans le second cas le traitement médical ou chirurgical agissant sur la suppuration kystique est incapable de faire cesser les phénomènes

morbides : c'est qu'il s'agit là d'une septicémie qui s'est accompagnée tout à fait accidentellement de suppuration d'un kyste ovarien. Le pronostic en sera très mauvais.

Somme toute, et pour nous résumer, le diagnostic de la suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire est basé sur la température persistante sans cause nette et sur l'examen local, avant tout le toucher vaginal.

Le pronostic est relativement bon toutes les fois où le drainage chirurgical est capable d'amener la cessation des signes généraux (observations n^{os} I, IV, V, VI), il est très mauvais lorsque le kyste suppuré fait partie d'un syndrome septicémique grave (observations n^{os} II, VII).

TRAITEMENT

Le traitement des kystes suppurés de l'ovaire n'est pas encore parfaitement réglé depuis les discussions du siècle dernier. On admet actuellement que l'idéal du traitement chirurgical, qu'il faut faire chaque fois qu'il est possible, est l'ovariotomie. On proscrit également unanimement la ponction comme moyen thérapeutique. Quant aux détails de l'intervention chirurgicale, chaque chirurgien agit à sa guise. Nous ne voulons pas entrer ici dans des détails de technique opératoire; notre but est simplement de poser les indications des divers procédés et d'en montrer les résultats.

D'abord la question du traitement médical. Nous avons vu dans l'observation n° III que la vaccinothérapie à elle seule peut permettre d'obtenir une sédation importante des phénomènes généraux de la suppuration, sédation pouvant en imposer pour une guérison. Il est évident que de là il ne faudrait pas conclure à la possibilité d'une guérison véritable par le traitement médical. Ceci ressort bien de l'observation

de M. L. RAMOND qui insiste sur la nécessité de faire suivre le traitement de vaccinothérapie par un traitement chirurgical radical.

Le mérite du traitement médical est de pouvoir faire différer une intervention chirurgicale, risquée du fait d'un mauvais état général. Ce serait néanmoins, croyons-nous, une faute grave que d'avoir trop de confiance en ce traitement et de persister à l'appliquer en face d'un échec du début. Il nous semble qu'on ne doive le continuer que si l'amélioration est manifeste dès les premières injections.

Il ne faut pas oublier que le traitement chirurgical prudent, même pratiqué à une période complètement désespérée de la maladie, peut véritablement ressusciter la malade (observations n^{os} I et IV). A une période beaucoup plus précoce, ce traitement donne des résultats constants et excellents, quand il n'y a pas septicémie (observations n^{os} V, VI).

Les modalités de ce traitement varient évidemment avec les conditions opératoires. On ne fait plus l'incision de BOUILLY qui, cependant a donné un succès vraiment étonnant dans le cas qu'il rapporte.

On fait toujours une laparotomie et chaque fois qu'il y a possibilité on enlève le kyste en entier ; on procède à une ovariectomie. Nous avons vu qu'en raison des réactions péritonéales peu marquées, cette ablation était très souvent possible. L'idéal est de ne pas ouvrir le kyste tant qu'il est dans l'abdomen. En cas de très gros kyste, il vaut alors mieux ponctionner. Mais cette ponction, ou l'éclatement du kyste

pendant l'ablation, peuvent faire tomber du pus dans la cavité péritonéale, ce qui oblige alors à assurer un drainage aussi parfait que possible.

En cas de kyste adhérent, l'ovariotomie est impossible. On a alors recours à la marsupialisation. Le kyste, incisé après laparotomie est vidé et abouché à la plaie cutanée; on assure un drainage à la Mikulicz (observation n° IV). La propagation de la suppuration, comme dans le cas de BOULLY, peut parfois obliger, dans les suites de l'intervention, à de petites opérations supplémentaires; colpotomie pour drainer une collection du Douglas, réfection de la paroi qui ne se referme *per primam*.

D'une façon habituelle, le pronostic de ces interventions est excellent. Si l'unique cause du syndrome général était le kyste suppuré, la malade guérit facilement par l'opération (observations n°s IV, V, VI). Le tout est donc de combiner heureusement le traitement chirurgical au traitement médical. Ce dernier peut dans certains cas combattre l'état septicémique, en même temps qu'il agit favorablement sur la suppuration du kyste ovarien (observation n° III).

Il semble donc que le traitement de choix de la suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire est l'intervention chirurgicale avec ses diverses modalités. Nous dirons même que cette intervention est le seul traitement, puisque l'on est obligé d'y avoir recours tôt ou tard.

Le traitement médical vaccinothérapique peut

être néanmoins un précieux adjuvant de l'intervention chirurgicale.

Schématiquement, nous pouvons formuler, après une grippe : température oscillante persistante plus kyste de l'ovaire égale suppuration du kyste et intervention chirurgicale.

CONCLUSIONS

1°) La suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire est une complication moins rare qu'on aurait pu croire et qu'il importe de bien connaître, car elle se présente cliniquement comme un syndrome auquel il faut penser pour en rechercher et en trouver la cause.

2°) Cette suppuration se produit vraisemblablement par la voie sanguine et le microbe qui la détermine semble être le plus souvent le pneumocoque que certains ont cru pouvoir tenir responsable des autres accidents grippaux.

3°) Au point de vue clinique ces suppurations se distinguent par une évolution biphasée : première phase grippale, seconde phase suppurative, cette seconde phase se caractérisant par des signes généraux et par un minimum de signes locaux qui demandent à être recherchés soigneusement.

4°) Le pronostic et le traitement sont donnés par la distinction de deux catégories : une première où seul le kyste suppuré est responsable des troubles de l'état général et une deuxième où la suppuration n'est qu'un épiphénomène au cours d'un syndrome septicémique grave.

5°) Tous les kystes suppurés de l'ovaire sont justiciables d'un traitement chirurgical, le traitement vaccino-thérapique ne devant être qu'un adjuvant de l'intervention chirurgicale.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse,*
CLERC.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUILLY. — De la suppuration des kystes de l'ovaire.
La Gynécologie, juin 1896.
- DELBET. — *Des suppurations pelviennes chez la femme*,
1891.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie*, Paris, 1930.
- HEINRICIUS. — Suppuration des kystes de l'ovaire.
Annales de Gynécologie, avril 1897, page 257.
- LEMOINE. — La suppuration des kystes de l'ovaire.
Thèse de Lyon, 1903.
- MANGOLD. — L'infection des kystes de l'ovaire. *Thèse de*
Bâle, 1895.
- SERGUEFF. — Contribution à l'étude des suppurations
des kystes de l'ovaire. *Thèse de Montpellier*, 1903.
-

